Marron y Alonso (F.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

LIGERO ESTUDIO

SOBRE EL

CATARRO DE OJOS

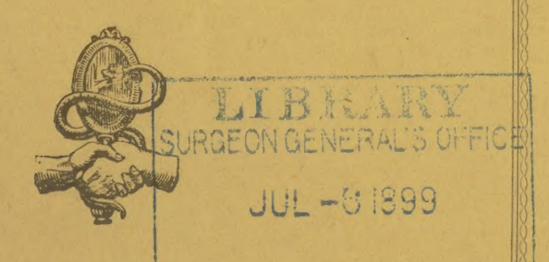
DE LOS RECIEN OPERADOS DE CATARATA.

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO MARRON Y ALONSO,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO,
PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL DE JESUS, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIATRICA.



MEXICO
IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y COMPAÑIA
Calle de Cordobanes núm. 8

1881

C. J. M. Bandera, sinod. prop.º

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

LIGERO ESTUDIO

SOBRE EL

CATARRO DE OJOS

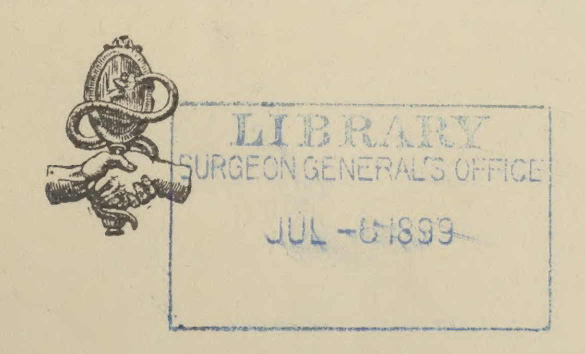
DE LOS RECIEN OPERADOS DE CATARATA.

TESIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO MARRON Y ALONSO,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MEXICO,
PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL DE JESUS, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIATRICA.



MEXICO
IMPRENTA DEL COMERCIO, DE DUBLAN Y COMPAÑIA
Calle de Cordobanes núm. 8

1881

A LA VENERABLE MEMORIA

DE MI BUEN PADRE.

A mi virtuosa y adorada Madre,

DEBIL MUESTRA DE MI AMOR Y GRATITUD SIN LIMITES.

A MI GENEROSO PROTECTOR

EL SR. APOLINAR CASTILLO,

DIGNO GOBERNADOR DEL ESTADO DE VERACRUZ-LLAVE.

TESTIMONIO DE ETERNO RECONOCIMIENTO.

AL DISTINGUIDO OFTALMOLOGISTA

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE.

TRIBUTO DE ADMIRACION AL SABIO: DE GRATITUD Y CARIÑO AL MAESTRO.

Entre las complicaciones várias que pueden afectar á un individuo recientemente operado de catarata, es sin duda de las más temibles, la oftalmía de que me voy á ocupar, y que por su sola presencia puede oscurecer y áun opacar por completo el brillo de la más lucida y mejor hecha operacion.

Este catarro de ojos que se observa en México epidémicamente, no está descrito en ninguno de los libros europeos que he podido consultar sobre enfermedades de los ojos. En alguno de ellos, (Wecker, Galezouski) se cita la purulencia entre los accidentes consecutivos á la extraccion del colgajo, pero en ninguno se menciona su especificidad.

La originalidad de esta afeccion en México, así como el haber observado algunos casos de ella

al lado del Dr. Carmona y Valle, durante mi internado en el Hospital de Jesus, son las dos razones principales que me inclinaron á escogerla para asunto de mi tésis profesional.

Doy públicamente las gracias al Dr. Carmona y Valle, por la generosa bondad con que me proporcionó el punto de estudio para este trabajo inaugural, y los numerosos datos que he necesitado para formarlo.

Diciembre de 1881.

CATARRO DE OJOS

DE LOS

RECIEN OPERADOS DE CATARATA.

Etiologia. Esta enfermedad, de causas aparentes enteramente desconocidas, ataca á hombres y á mujeres, de cualquier edad y condicion social.

No cuenta entre los motivos que la hacen estallar, ninguno de los que frecuentemente originan otras complicaciones. Tales motivos son ó pueden ser: la salida difícil de la catarata, la contusion del íris, la salida del humor vítreo ó cualquiera otro accidente, que, como estos, puede provenir de la mala ejecucion de la operacion, ó de las malas condiciones individuales en que se ejecuta; pues bien, entre ellos y la afeccion que me ocupa, no hay ninguna relacion: su influencia es del todo nula.

Solo puedo decir con más certeza, que aparece de preferencia, tanto en el Hospital como fuera de él, durante los meses frios y húmedos de Octubre á Enero, en cuya época puede afectar la forma epidémica, sin coincidir con ninguna otra enfermedad del mismo carácter; puede tambien presentarse en el curso de los otros meses, pero esto es raro.

Descripcion. Despues de la extraccion de la catarata, si se ha hecho con toda regularidad, no sienten los enfermos, en general, dolor ni molestia alguna en el ojo operado; pero cuando el catarro invade á éste, se anuncia siempre de la manera siguiente: el apósito se empapa en un líquido mucoso, amarillento y glutinoso, que endurece el lienzo de la curacion al secarse; esto es notado por el enfermo; mas no siempre es así, pues en muchas ocasiones el cirujano es el primero en observarlo. Suelen preceder ó acompañar á este aumento de escurrimiento, un dolor parecido al que produce una quemadura, una sensacion de ardor, localizados en el globo ocular: alguna vez podrá ser un dolor gravativo en el mismo sitio; pero este carácter nunca es tan constante como el aumento de secrecion.

El principio de estos accidentes es variable: pueden aparecer veinticuatro, treinta y seis ó cuarenta y ocho horas despues de la operacion, casos termi-

nados siempre fatalmente; ó despues de tres dias de ésta y algunas veces hasta once, estando ya la cicatrizacion concluida, la vision restablecida, y el ojo descubierto: casos terminados, en general, de una manera ménos grave que los anteriores, y en pocas veces felizmente.

Para la descripcion de sus caractéres sintomatológicos, es preciso dividir esta enfermedad en tres grados, segun su órden de gravedad, correspondiendo los dos primeros á la categoría de los casos en que ataca varios dias despues de la extraccion y encuentra ya concluida la cicatriz del colgajo, y el tercero á la de aquellos en que aparece ántes de trascurridas las primeras cuarenta y ocho horas.

Primer grado. En este caso se encuentra, casi siempre, el ojo descubierto ya, y lo que llama la atencion, son los caractéres propios de una conjuntivitis catarral: los párpados se adhieren por el exceso de secrecion de las glándulas de Meibomius, exceso que da lugar tambien á costras que se forman sobre la piel de aquéllos, y á legañas; la conjuntiva está medianamente inyectada, rarísimas veces se hace quemótica, secreta un líquido mucoso, citrino, que puede llegar á ser puriforme; el enfermo experimenta en el ojo la sensacion de arenillas, etc...; pero la cornea queda siempre perfectamente trasparente, y la cicatriz y el íris permanecen tambien intactos.

Si este estado avanza, alcanzará el segundo grado, pero casi nunca pasa más allá de hacerse la secrecion ligeramente purulenta.

Su marcha es la de una conjuntivitis catarral comun, y como ésta, no deja consecuencias en el ojo que afectó.

Segundo grado. En este se agregan á los caractéres del grado anterior, el reblandecimiento, sin destruccion, de la cicatriz, y la inflamacion del íris por contigüidad. Por consiguiente, se tendrán tambien los síntomas correspondientes á la iritis, como son: los dolores oculares y circumobitarios, la fotofobia, el cambio de coloracion y brillo del íris, el estrechamiento de la pupila, etc....

La marcha es la de la iritis y la consecuencia constante, atresia de la pupila.

Tercer grado. Cuando despues de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de la operacion, encuentra el cirujano empapado el apósito en el líquido que mana de la conjuntiva, notará, levantando las piezas de la curacion, lo siguiente: que los párpados están tumefactos y dolorosos cuando se les toca; que levantando el superior, escurre el líquido viscoso, amarillento á que he hecho referencia, y que rápidamente se hará purulento; que la conjuntiva bulbar está fuertemente inyectada y forma un rodete quemótico al rededor de la cornea. Ademas, podrá notar, si estos fenómenos han empezado poco ántes de su llegada, como la cornea principia á morir, estrangulada bajo la accion de la extensa quemósis que la rodea.

Pero pocas veces se podrá acudir á tiempo y presenciar desde un principio el desenvolvimiento y desarrollo de tan temibles accidentes: en el mayor número de casos se llegará cuando la cornea

ha parecido ya casi totalmente y cuando el mal ha invadido otras membranas del ojo.

En los contados casos cuyo desarrollo se ha podido seguir desde temprano, se ha observado que la cornea puede perecer de varias maneras: ya es una infiltracion ú opacificacion central que velozmente pretende ganar la periferia; ya una ulceracion en el mismo sitio, con tendencia á extenderse más y más; ya una exfoliacion de su epitelio, seguida de la abrasion ó destruccion total de sus capas más superficiales. (Carmona y Valle). Los efectos son variados siendo única la causa: ésta, á no dudarlo, reside en la enérgica compresion que la quemósis bulbar ejerce sobre los vasos encargados de llevar á la cornea sus elementos de nutricion é impidiendo de este modo que se verifiquen los fenómenos osmóticos que sostienen la vida de la membrana trasparente, ésta se opaca, se ulcera, se destruye, en una palabra, muere.

Más adelante, el pus secretado en abundancia por la conjuntiva ó bien el proceso necrótico que pasa en el centro de la cornea, extendiéndose hasta la cicatriz, la reblandecen, el colgajo se despega y se libra así amplio paso al pus, cuya accion flogógena determina violentas inflamaciones del íris y demás membranas que estén expuestas á su contacto: de esta manera puede propagarse la flogosis al ojo entero y hasta al tejido celulo-adiposo retro-ocular, provocando una verdadera panoftalmía ó un flegmon de la órbita, cuya gravedad es notoria.

Ambos flegmones se acompañan de su corres-

pondiente cortejo de síntomas, que es formado para el primero por la reaccion febril, el aumento de consistencia y abultamiento del globo ocular, dolores muy vivos, etc., y para el segundo: por calosfrios, reaccion febril más alta que en el anterior, exoftalmía, dolores intolerables, latidos en la órbita y hasta delirio y convulsiones, que dependen de que la flegmasia se ha propagado hasta las meninges cerebrales. No hago mencion del participio que toman los párpados y conjuntiva en estos flegmones, por encontrarse ya interesados en el caso en que los estudio.

Pueden terminar por resolucion, aunque lo más frecuente sobre todo para el del ojo, es que terminen por supuracion; pero sea que no haya habido más que destruccion de la cornea, sea que haya habido flegmon, el resultado final es siempre la atrofia del ojo afectado.

Juzgo inútil decir que estos tres grados que he descrito, pueden combinarse entre sí y formar variantes que participen á la vez de los caractéres peculiares á uno y á otro grado.

La duracion de estos accidentes depende del grado que ellos alcancen: si es el primero, podrán durar de ocho á quince dias, y si son el segundo ó tercero, la duracion estará subordinada al tiempo que se necesite para dominar la iritis ó demás accidentes inflamatorios que el catarro haya determinado, y por lo mismo, dicha duracion será la de la iritis, etc.

Diagnostico. El catarro de ojos es, en realidad, una oftalmía purulenta, pero que sorprende al órgano de la vision en circunstancias especiales, despues de herida la cornea y despues de extraido el cristalino.

Entre los estados patológicos del ojo que describen los autores como complicacion, despues de extraida la catarata, hay algunos que se asemejan un tanto al catarro, pero que reconocen por causa ciertas condiciones morbosas pre existentes en el indivíduo ó particulares de la operacion, sin las cuales no hace explosion el mal. Sean por ejemplos: 1º la supuracion difusa de la cornea que describe Wecker y que "se observa muy rara vez fuera de casos de marasmo senil avanzado y de afecciones profundas del cuerpo vítreo:" de la misma opinion es de Graefe; y 2º la queratitis que atribuye Foucher á los traumatismos ocasionados por la introduccion de la cucharilla ú otro instrumento detras del colgajo.

Pues bien, para la aparicion de la oftalmía específica, no se necesita que exista ninguna de estas causas, y como he dicho ya, tanto ataca á los viejos como á los adultos, y á aquéllos en buenas condiciones y no en marasmo; si es cierto que con más frecuencia se ve en los ancianos, esto depende de que el mayor número de operaciones por catarata se hace en ellos. Tampoco es preciso que exista alguna afeccion del cuerpo vítreo ú otra parte del globo ocular, pues todos los casos de catarro que

conozco, han sido en ojos que, excluyendo la catarata, estaban del todo sanos.

Respecto del traumatismo diré: que los ojos mal operados no son preferidos por el catarro á los operados con limpieza, y hay casos en que éstos son atacados, quedando aquéllos inmunes.

La falta, pues, ya en la operacion, ya en el operado, de causa que nos explique la oftalmía que se tiene al frente, así como el presentarse en la época preferida, serán razones que nos inclinen á admitir el catarro epidémico.

Esto es lo que á las causas toca en la parte del diagnóstico.

Paso ahora á dar los principales caractéres de algunas complicaciones, que podrían confundirse con el catarro de ojos.

Conjuntivitis catarral. Esta complicacion, bastante frecuente, está caracterizada por los mismos síntomas que el primer grado del catarro; pero éste viene cuando la cicatriz está ya bien sólida y aquélla, por lo general, uno ó dos dias despues de la operacion, y sobre todo, no impide el buen éxito de ésta, miéntras que el catarro, cuando aparece á esa época, deja siempre al enfermo fatales recuerdos de su paso. En verdad, la confusion con una conjuntivitis catarral comun, no seria de sentirse mucho, porque la conducta que hay que seguir en ella y en el primer grado del catarro, es, si no idéntica, á lo ménos parecida.

Queratitis parcial ó difusa. En ésta se afecta desde luego la cornea, que se opacifica, y la inflamacion se limita ó se extiende á toda ella; pero la

conjuntiva participa poco. La secrecion, en lugar de ser como en el catarro, mucosa al principio y puriforme ó purulenta más tarde, es de masas amarillentas ó de un gris sucio. Se presenta, casi siempre, en los casos de traumatismo de la cornea.

Supuracion difusa ó reblandecimiento general de la cornea. Esta complicacion estalla pocas horas despues de la extraccion: empieza por despegar el colgajo, en cuyo borde aparecen despues puntos blancos, que siguen como estrías hacia el centro de la cornea y tienden á formarse abscesos arciformes En seguida, se tumifican los párpados, la conjuntiva se hace quemótica y supura, y aparecen dolores neurálgicos. Como se ve, se parece al tercer grado del catarro, pero le faltan algunos de sus caracteres, como afectar primero la conjuntiva que la cornea, como ser secundaria la destruccion del colgajo y no primitiva, etc.; mas lo que los diferencía notablemente, es que este reblandecimiento de la cornea no es sino una manifestacion del pésimo estado de la nutricion del operado. (marasmo senil).

PRONOSTICO. Este es siempre alarmante para el segundo, y sobre todo el tercer grado, porque la vista del operado corre graves riesgos de perderse; pero para el primero es generalmente benigno, pues hemos visto que no deja consecuencias.

La atresia de la pupila, resultado constante del segundo grado, podrá remediarse por medio de la iridectomia, la que permitirá al enfermo recobrar su vision; mas no siempre será fácil la ejecucion de esta operacion, porque el tejido del íris, modificado por la inflamacion, se hace desgarrable, y esta circunstancia impide la feliz práctica de aquella: si esto pasa, el enfermo tendrá su ojo perdido.

Mas cuando el catarro afecta el tercer grado, son fatales los resultados: á más de los peligros á que está expuesto el enfermo por la inminencia de un flegmon de la órbita y sus funestas consecuencias, el ojo quedará atrofiado, inservible para su objeto y sin esperanzas de poderse utilizar.

Naturaleza. Conocidos ya los síntomas y marcha de la enfermedad, paso á decir algo sobre su probable naturaleza, y lo hago ántes de ocuparme del tratamiento, porque este vá á estar basado precisamente en su conocimiento.

Antes del año de 1877, el Sr. Carmona y Valle habia tenido en su práctica civil algunos fracasos en las operaciones de catarata hechas durante el invierno, fracasos que referia á las complicaciones ordinarias y que atribuia á causas las más veces forzadas, pues en verdad, no se podia explicar con claridad el porqué del accidente. Su atencion no se habia fijado mucho en estos hechos, por no en-

contrarse los enfermos reunidos en un mismo local, sino diseminados en la ciudad, y por haber sido operados en distintos dias y con largos intervalos; pero sí le impresionaron vivamente más tarde.

En efecto, en la época citada, encargado del servicio del Departamento oftalmológico que se acaba de fundar en el Hospital de Jesus, pudo observar que las operaciones de catarata, seguidas de un brillante éxito desde principios del año, se perdian al llegar el último trimestre, y que se perdian tanto en la seccion de hombres como en la de mujeres, principiando á perderse en una y continuando rápidamente con la misma suerte en la otra, á pesar de tener una y otra enteramente distinto y aislado el servicio de enfermeros y á pesar de estar situadas ambas salas en puntos diferentes del edificio y separadas por un patio y corredores.

Entónces ya fijó su atencion en esta complicacion, y estudió su modo de aparecer y propagarse, su marcha y sus variables consecuencias.

Al año siguiente apareció de nuevo la complicacion, que se ha presentado despues en otras ocasiones: yo pude observarla en los últimos meses del año próximo pasado.

Mirando que se presenta inesperadamente y cuando se podia augurar un buen éxito, tanto por las condiciones del operado cuanto por las de la operacion; mirando que despues de atacar á un primer enfermo, invade á un segundo, y á otro más en poco tiempo y á distintas épocas de su operacion; mirando, en una palabra, que ataca epidémicamente y sin causa externa apreciable, no se pue-

de ménos que hácer á un lado lo que al enfermo toca, para buscar en algo más general, en algo que á todos alcance, en el aire, la causa ó el orígen del mal.

Por su modo de presentarse y de atacar, por los desiguales efectos que produce en los operados en la misma época, así como por la influencia del tratamiento especial, puede á mi juicio colocarse entre las enfermedades miasmáticas.

Como éstas no ataca todos los años, ni en todas épocas del año, pues casi siempre elige para venir el otoño y el principio del invierno (Octubre á Enero), lo mismo que el vómito prefiere los meses calurosos (Abril á Setiembre), la crisipela el fin del otoño y la primavera, etc., sin que nosotros sepamos dar, con pocas excepciones, razon de esta predileccion. Es seguro que al presentarse, vienen subordinadas á ciertas causas, para nosotros las más veces ignoradas, pero que sin duda existen en alguno de los agentes que modifican nuestro organismo, pues sin su existencia presentida no producirían sus efectos, bien temibles por desgracia.

Así como el tifo, el cólera indiano, el vómito, en la misma época, en el mismo local y en condiciones de vida idénticas, fulminan, por decirlo así, á algunos individuos, y á otros les atacan del modo más benigno, así tambien esta oftalmía, en igualdad de circunstancias, deja á algunos operados libres, á otros les ataca gravemente y á otros más, les deja consecuencias remediables: de tres enfermos operados en el mismo dia (2 de Octubre de 1880) y puestos en condiciones del todo semejan-

tes, uno es atacado desde luégo por el catarro en su tercer grado, otro en el segundo, á los cinco dias, y el tercero queda libre. Esto puede depender, tanto en el caso particular á que me vengo refiriendo, como en los mencionados más arriba, puede depender, digo, de la receptividad orgánica propia á cada persona, ó lo que es más probable, de la cantidad de veneno absorbido, de cuya cantidad dependerá la mayor ó menor intensidad de sus efectos.

Esta complicacion puede trasmitirse por contagio directo, lo mismo que ciertas enfermedades miasmáticas; pero más comunmente se trasmite por medio del aire ó de la persona encargada de las curaciones.

Ahora bien; ¿por qué este supuesto gérmen se limita á producir una accion flogógena especial sobre los ojos, y sobre todo, sobre los ojos operados de catarata? No es fácil contestar esta pregunta, pero para resolverla, especialmente en su primera parte, voy á hacer referencia á algunos hechos semejantes al que me ocupa y conocidos ya en la ciencia.

Sabido es que la oftalmía de los adultos ó de los ejércitos, ataca epidémicamente, y que es trasmisible por contagio directo; sin embargo, casos hay en que éste no es muy claro, y á pesar de eso la enfermedad aparece. Para explicar estos hechos Giraldès dice que algunos gérmenes fermentos trasportados por el aire, pueden depositarse sobre las mucosas oculares y engendrar una oftalmía.

Sabido es tambien que la oftalmía difterítica

ataca igualmente de un modo epidémico, sobre todo en Alemania, y que Peter y Magne, en estudios especiales sobre la difteria, han demostrado que las costras difteríticas no son contagiosas. Pues bien, si esta conjuntivitis difterítica es epidémica, y no se trasmite por contagio, puesto que sus productos no son aptos para ello, hay que pensar que algun gérmen que flote en el aire, está encargado de la trasmision, y de la trasmision enteramente local, de ojo á ojo.

Pues así como el gérmen trasmisor de la oftalmía de los adultos (á falta de contagio directo) y el gérmen difterítico se localizan á las mucosas oculares, así tambien se localiza á ellas el gérmen que produce el catarro de ojos.

Pero ¿por qué afecta al ojo solamente cuando se acaba de extraer la catarata? No lo sé. Podria decirse que la herida hecha en la cornea, pone á ésta en circunstancias excepcionales de absorcion para la multitud de elementos flogógenos contenidos en el aire; pero ánte esta suposicion se presentan los hechos enseñándonos: en primer lugar, que el catarro afecta la conjuntiva ántes que la cornea, y en segundo, que se presenta á menudo cuando está ya concluida la cicatriz. No obstante que se carezca de la explicacion satisfactoria y cabal de un hecho como éste, se tiene ya gran ventaja en conocerlo, porque se podrá prevenir ó remediar.

Quiero recordar aquí, para terminar, lo que en otros puntos he dejado ya asentado, y es la ninguna accion de los accidentes operatorios, que comunmente determinan otras complicaciones, sobre el

catarro que nunca es producido por ellos; en cambio he visto operaciones perfectamente ejecutadas, ser seguidas de esta complicacion. Recuerdo á este propósito el hecho siguiente: un hombre es operado en una sesion de sus dos cataratas; la extraccion de la izquierda se hace con la mayor facilidad, y la de la derecha se dificulta por la pequeñez del colgajo y necesita ser ayudada por la cucharilla y pinzas. Resultado: el ojo izquierdo se pierde por el catarro y el derecho queda sano y útil para la vision del enfermo. Refiero este caso, porque me parece curioso por dos razones: porque se ve como el catarro invadió el ojo bien operado y dejó el otro exento de su accion; y porque no es frecuente que estando operados los dos ojos se afecte solamente uno de ellos, como aquí sucedió.

En resúmen, creo que el catarro de ojos es una oftalmía de orígen miasmático, contagiosa y que ataca en general epidémicamente.

TRATAMIENTO. Este debe dividirse en dos: profiláctico y curativo.

Tratamiento Profiláctico. Ademas de los cuidados preliminares convenientes en todo caso de operacion de catarata, y señalados en todos los libros, [1] es bueno tomar ciertas precauciones con el

---

(1) Entre los cuidados preparatorios, todos los autores europeos señalan como esencial la instilacion de atropina en el ojo, la víspera del dia señalado para la operacion, con objeto de expulsar del íris por su retrac-

fin de prevenir el mal en cuanto sea posible, sobre todo si se opera en tiempos en que reine epidémicamente.

Estas precauciones serán las siguientes. Se ordenará al enfermo, uno ó dos dias ántes de operarlo, un lavatorio antiséptico, con el que locionará frecuentemente el ojo afectado. La fórmula de dicho lavatorio podrá ser ésta ú otra parecida:

Agua destilada........	500 gramos.
Biborato de sosa......	4 ,,
Acido salicílico.........	2 ,,
Acido fénico..........	50 centígramos.

Su objeto es destruir anticipadamente el gérmen que pueda existir en la proximidad del ojo ó en la misma conjuntiva, y así evitar totalmente las consecuencias de su accion, si se ha destruido todo ó por lo ménos disminuir sus efectos, si no se ha destruido más que en parte.

Con el mismo fin, y concluida ya la operacion, se hará la curacion ligeramente antiséptica, como sigue: despues de haberse asegurado de la coap-

---

cion una cierta cantidad de sangre, con lo que pueden evitarse, segun ellos, las inflamaciones de este diafragma, y facilitarse tambien la salida de la catarata. Entre nosotros, el Sr. Vértiz (D. J. M.) y el Sr. Carmona y Valle han rechazado este medio como inútil y hasta nocivo, pues en su práctica han visto, siempre que lo han empleado, que en el momento en que se abre la cámara anterior, á la dilatacion pupilar sucede la contraccion, que lleva la pupila hasta sus dimensiones normales ó aún puede ir más allá el estado miótico del íris, reduciendo más la abertura pupilar, lo cual, como se comprende, estorba grandemente la salida del cristalino, y en lugar de librar al íris de la contusion é inflamacion consecutiva, lo expone más á ellas. Esta práctica tan esparcida, es, pues, mala.

tacion del colgajo y de la trasparencia de los medios del ojo, se cerrarán los párpados que se lavarán con una solucion fénica ($^{2.50}/_{100}$) en la cual se habrán lavado tambien los instrumentos necesarios para operar; cerrados ya los párpados, se colocará encima un pedacito cuadrado de lienzo empapado en la misma solucion y bien exprimido; sobre el lienzo se pondrá un pedazo de tela de salud del mismo tamaño que aquél y macerado tambien en dicha solucion; encima de la tela se pondrá un poco de algodon regado, si se quiere, con el mismo líquido y todo se sostendrá con una tira de lienzo de cinco ó seis centímetros de ancho, que se sujetará por detras de la cabeza. Todas las curaciones siguientes, que serán diarias, excepto la segunda para la que se dejarán trascurrir cuarenta y ocho horas, se harán de la misma manera.

La práctica de estas precauciones ha dado siempre buen resultado.

Tratamiento curativo. Siempre que algun operado de catarata se queje poco tiempo despues de la extraccion, de lagrimeo abundante, calor ardiente en el ojo, punzadas en este órgano ó circumorbitarias, etc., se deberá levantar el apósito para darse uno cuenta de la causa que origina estos fenómenos: esta causa podrá ser una hernia del íris, un principio de iritis ó cualesquiera otra complicacion, y reconocida ésta, inmediatamente se pondrá en planta el tratamiento adecuado. Pero voy á fijarme en el que corresponde cuando esta causa sea la oftalmía epidémica.

Conocida ya por sus caractéres propios, se de-

berá apreciar el grado que afecta: sería de seguro el tercero en el caso á que me refería hace un instante.

Si es el primer grado, se instilarán en el ojo dos ó tres veces al dia algunas gotas de un colirio astringente, de acetato de plomo por ejemplo, al que se agregarán quince ó veinte centígramos de ácido salicílico. En el intermedio de la aplicacion del colirio el ojo estará cubierto con su apósito, que se tendrá cuidado de renovar á cada vez con las mismas precauciones con que se hizo la primera curacion.

Con este tratamiento sostenido por una semana ó poco más, se logrará vencer el mal, que al desaparecer no dejará huella alguna.

Si pasa al segundo grado, se combatirá la iritis por la atropina cuyo principal objeto es prevenir la atresia de la pupila, y por el calomel á dósis fraccionada; si los dolores periorbitarios son muy intensos, se recurrirá á las inyecciones hipodérmicas de morfina y á las fricciones en la sien de pomada mercurial con belladona; pero como casi siempre se refieren al aumento de tension intraocular, se procurará abatirla por la paracentésis de la cornea ó por purgantes enérgicos repetidos.

Por estos medios se dominará muy probablemente la iritis; pero, si como es de temer deja atresia de la pupila, se deberá hacer la iridectomía en el lugar de eleccion.

Llegamos al tercer grado. En este se aplicará desde luégo tópicamente el nitrato de plata para

moderar la intensa inflamacion de la conjuntiva; se hará uso tambien de lavatorios antisépticos, que á más de su especial poder, mantendrán el ojo aseado y limpio de la supuracion que le baña; al interior se propinará el calomel á dósis refracta.

Si el mal llega á revestirse de los caractéres del flegmon del ojo, se echará mano de las sanguijuelas y de los purgantes drásticos, como medios depletivos, de las inyecciones subcutáneas de morfina para calmar los vivos dolores que sufren los enfermos; se hará tambien la incision amplia del globo ocular. Si llega á tomar parte en este trabajo inflamatorio el tejido celulo-grasoso de la órbita, se intentará, al principio, la resolucion por medio de los refrigerantes (vejiguitas con hielo sobre los párpados); pero si ésta no se obtiene, y á pesar de los recursos antiflogísticos citados pasa á la supuracion, hay que estar muy alerta para dar inmediata salida al pus luégo que se note su presencia. Si se presentan algunos síntomas de meningitis cerebral, se pondrá en juego el tratamiento médico correspondiente.

El régimen alimenticio que, despues de toda operacion sin accidente, será bien ligero durante dos ó tres dias, quedará así por más tiempo si se presenta el catarro y hasta que éste haya desaparecido ó al ménos disminuido.

Mas puede suceder que el catarro alguna vez no determine la supuracion total y la atrofia del ojo afectado, pero que deje en él una irido-coroiditis por ejemplo, que pueda traer en el otro, operado ó nó, la oftalmía simpática. Si esto sucediere ó

se temiere, se practicará la extirpacion del ojo por el procedimiento de Bonnet ó por el del Dr. Carmona y Valle.

Aprovecho esta oportunidad para dar á conocer este procedimiento, que tiene sobre el de Bonnet algunas ventajas, que se podrán apreciar mejor despues de haberlo descrito.

Cloroformizado el enfermo, pues esta operacion es bien dolorosa, se coloca el blefaróstato y se procede del modo siguiente: con un bisturí se hace una incision en el diámetro horizontal de la cornea, comprendiendo de uno y otro lado poco más de un milímetro de la esclerótica: en este momento se extrae el cristalino, cuando existe; despues se toman con unas pinzas y se resecan sucesivamente con unas tijeras curvas los dos semicírculos de la cornea, procurando traerse con ellos la parte correspondiente del íris: si no se logra, se quita despues con unas pinzas. Hecho esto, se ocupa uno en detener la hemorragia que sobreviene, como es natural, y contenida ya se cierran los párpados y se cubren con un lienzo y un mollarcito de hilas, sostenidos por un vendaje ligeramente compresivo.

Como ha sido herido el gran círculo arterial del íris por las incisiones que alcanzan la esclerótica, falta la nutricion á la mitad anterior del globo ocular, que está encargado de irrigar, y por consiguiente viene la atrofia: ademas, por las mismas incisiones laterales se favorece la cicatrizacion trasversal, que no estorba los movimientos del muñon.

Las ventajas de este procedimiento sobre el de Bonnet son las siguientes: es ménos repugnante á un enfermo dejarse resecar la cornea que el ojo entero; ademas, no deja la visible deformidad de los párpados sumidos en el hueco de la órbita; y por último, permite más fácilmente la adaptacion de un ojo artificial sobre el muñon.

OBSERVACIONES.

Para terminar, voy á referir en pocas palabras algunos casos de catarro, que son de los que se han conservado datos más exactos: algunos de ellos debo á la amabilidad del Sr. Carmona y Valle, otros fueron observados por mí, y el resto está extractado de los libros de observaciones clínicas del Hospital de Jesus.

I.

El Presbítero N. N., fué operado, sin accidente, de cataratas duras, en el mes de Diciembre de 1877 (Hospital de Jesus). En las primeras veinticuatro horas despues de la extraccion, fué invadido por el catarro en su tercer grado. Quitada la curacion, que estaba empapada en el líquido que escurría de las mucosas oculares, y levantado el párpado superior de ambos lados, se vió la conjuntiva bulbar inyectada, quemótica y dando lugar á abundante supuracion; las corneas, al principio libres y trasparentes, empezaron á ulcerarse en puntos poco distantes de su centro, y de ahí esta ulceracion se extendió con violencia á la cornea entera: esta acabó por destruirse, la cámara anterior se abrió y los dos ojos, en los que la complicacion marchó á la par, quedaron al fin atrofiados, á pesar de un tratamiento oportuno y conveniente.

II.

José María Cámpos, natural de Pachuca, de 77 años, fué operado de cataratas duras el dia 5 de Octubre de 1878. Durante los tres primeros dias nada notable se presentó; al cuarto se notó un ligero abultamiento de los párpados, inyeccion marcada de la conjuntiva, cornea libre, etc. (primer grado); este estado se calmó por medio de un colirio astringente; pero á los pocos dias el mal adquirió nuevas creces y hubo que recurrir al uso tópico del nitrato de plata, el cual dió buena cuenta de aquél. Poco tiempo despues abandonaba el enfermo el Hospital con su vision restablecida, y no conservando más huellas que las de la operacion.

III.

Ambrosia Cortes, de México, de 40 años de edad, de temperamento linfático, fué operada, sin accidente alguno, de catarata doble, el 17 de Octubre de 1878 (Hospital de Jesus). A los tres dias apareció el catarro en los dos ojos: en el izquierdo fué el primer grado, que desapareció pronto y sin dejar huellas; pero en el derecho fué el tercero, y por consiguiente, los accidentes fueron mayores; el rodete quemótico de la conjuntiva bulbar produjo la infiltracion de la cornea; el pus despegó el colgajo que apénas empezaba á adherirse y penetró en la cámara anterior, determinando por irritacion local una violenta iritis que trajo adherencias del íris y atresia de la pupila. Como una pequeña parte de la cornea se conservó trasparente, se intentó hacer una iridectomia, pero no se consiguió porque el íris estaba muy desgarrable. Este ojo quedó perdido.

IV.

Miguel Parral, natural de México, de 65 años de edad, viudo, jornalero, fué operado de catarata dura en ambos ojos, el 18 de Octubre de 1878 (Hospital de Jesus) La extraccion presentó alguna dificultad por la adherencia de las capas corticales. A los tres dias se encontraron los síntomas del catarro en su tercer grado, en los dos ojos; mas en el izquierdo existia además

lo siguiente: aumento de la tension intraocular, exoftalmía, dolores vivísimos supraorbitarios, generalizándose á toda la mitad izquierda del cráneo; este estado se acompañó de reaccion febril de mediana intensidad. En este ojo se añadieron al catarro, panoftalmítis y flegmon de la órbita, como se comprende por los síntomas mencionados. Se emplearon varios medios para combatir estos accidentes: vejiguitas de hielo constantemente aplicadas sobre el ojo izquierdo, instilaciones repetidas de un colirio de nitrato de plata, purgantes, etc.; se puso al enfermo á dieta de leche. Se logró, con gran ventaja para el paciente, que el flegmon de la órbita no se supurara, sino que terminara por resolucion; pero los ojos siempre se atrofiaron y se perdieron.

V.

Tiburcio Sosa, de Tepatitlan, de 60 años, de temperamento sanguíneo y buena constitucion, fué operado de cataratas duras, con toda felicidad, el 3 de Diciembre de 1878 (Hospital de Jesus). Al hacer la segunda curacion se notó que los párpados estaban abultados, sobre todo los del lado derecho, y que estaban adheridos entre sí por costras purulentas; del lado izquierdo la conjuntiva estaba inyectada y la cornea y cicatriz intactas; del lado derecho la inyeccion era mayor y la cornea principiaba á infiltrarse; más tarde la cicatriz de este ojo, enteramente abierta, dejó pasar el pus á la cámara anterior y sobrevino iritis (primer y tercer grado del catarro). A pesar de un tratamiento adecuado, este ojo se perdió como era de temerse, pero el izquierdo quedó perfectamente sano y útil.

VI.

Un negro del rumbo de Cuernavaca, fué operado de sus dos ojos á fines del año de 78, en el citado Hospital de Jesus. Antes de cuarenta y ocho horas fué afectado del tercer grado del catarro con sus síntomas comunes; mas lo particular de este caso fué lo siguiente: la cornea perdió su brillo, estaba despulida en toda su superficie, lo que se notaba con toda claridad á favor de la luz oblícua; esto dependió de que las laminillas superficiales de la cornea cayeron completamente esfaceladas. Merced á un activo tratamiento la complicacion no siguió adelante,

los ojos no se atrofiarian; pero la esperanza que hizo concebir la engañadora trasparencia de las despulidas corneas, quedó desvanecida al ver que la cicatriz dejaba al formarse, sobre la superficie de aquellas, una nube blanquecina y opaca que impedia el paso á todo rayo luminoso. El enfermo salió sin vista.

VII.

José Eulogio Martinez, de 62 años, labrador y de buena constitucion, se operó de cataratas duras el 27 de Setiembre de 1880 (Hospital de Jesus). El colgajo derecho salió chico, y hubo que sacar la catarata con pinzas y cucharilla; la extraccion de la del lado izquierdo fué muy fácil. No hubo accidente alguno en los primeros dias que siguieron á la operacion, pero á los cuatro de ésta (1º de Octubre) apareció el catarro (tercer grado) en el ojo izquierdo, y el derecho quedó intacto. Se administró calomel al interior y se usó el ácido salicílico, los lavatorios antisépticos, etc., al exterior; pero este ojo se atrofió. La vision del ojo derecho se restableció perfectamente.

VIII.

Dolores Mendoza, de Coyoacan, de 60 años y constitucion regular, fué operada sin accidentes, de cataratas duras, el 2 de Octubre de 1880 (Hospital de Jesus). Al dia siguiente bubo necesidad de cambiar el apósito por encontrarse humedecido con la secrecion que manaba de la conjuntiva; los párpados estaban abultados y dolorosos; la inyeccion de la conjuntiva era intensa y formaba dicha mucosa un rodete quemótico al rededor de la cornea; el escurrimiento era francamente purulento; la cornea estaba infiltrada, el colgajo despegado, etc. (tercer grado). Se emplearon varios medios: el calomel, el alcohol y ácido salicílico, lavatorios astringentes, etc.; pero todo fué inútil, porque las corneas no tardaron en destruirse completamente y los ojos acabaron por atrofiarse.

IX.

Cesareo Castillo, de Morelia, de 60 años de edad y regular constitucion, perdió desde pequeño su ojo derecho, sin saber

cómo; pero en el izquierdo existia una catarata dura que se extrajo limpiamente el 27 de Setiembre de 1880. Todo marchó al principio felizmente pues la cicatriz se hizo con toda regularidad, el enfermo dejaba ya descubierto su ojo y habia recobrado el uso de la vista; pero el 8 de Octubre, once dias despues de la operacion, fué afectado del catarro (segundo grado), del que estaban á ese tiempo atacados dos enfermos en el mismo Hospital. La cicatriz se reblandeció, el íris se inflamó y más tarde hizo hernia á través de un punto dèbil de aquélla. Se usó el calomel al interior, y localmente un colirio de alcohol y ácido salicílico, toques con nitrato de plata á la hernia, etc.; la iritis se moderó, la hernia se redujo; pero quedó la pupila con atresia y la cornea opaca en cierta extension, por lo que el enfermo no podia ver la luz con claridad. En este estado pidió su alta y salió del Hospital.

X.

El Dr. H.... de 65 años de edad, fué operado en su casa, de un solo ojo, pues en el otro no se formaba todavía la catarata (Abril de 1881). A las veinticuatro horas ya habia aparecido el catarro (tercer grado): en el centro de la cornea principió la opacificacion seguida de ulceracion superficial que alcanzó las dos terceras partes externas de aquella membrana. Se emplearon el nitrato de plata y los lavatorios antisépticos, medios que impidieron al mal ir más allá. Si se hubiera practicado la iridectomía interna en este ojo, el enfermo habría recobrado en él la vision, pues quedó trasparente una tercera parte de la cornea hacia ese lado; pero este enfermo tuvo que salir de México y no se pudo hacer.

XI.

H.... de Nuevo Leon, de 65 años de edad, se operó de un solo ojo, pues el otro habia sido ya operado y estaba á la sazon perdido; se operó en el mismo dia y en la misma casa que el indivíduo anterior; fueron colocados aquél y éste en piezas distantes una de otra, y se aislaron los útiles de curacion, etc. La operacion del anterior estuvo limpia, miéntras que la de éste se complicó con la salida del humor vítreo. La cicatriz se hizo

bien y el ojo se puso á descubierto; á los once dias sobrevino una conjuntivitis catarral (primer grado del catarro), que se dominó fácilmente con el tratamiento indicado en su lugar y que no dejó consecuencia alguna.

XII.

N. N., español, de 68 años, se operó en la casa núm... del Portal de Agustinos, por la misma fecha que los dos anteriores poco más ó ménos, y de un solo ojo, el izquierdo, pues el derecho no habia sido invadido aún por la catarata. No se presentó novedad alguna hasta los once dias, en que ya descubierto el ojo fué atacado del segundo grado del catarro. La cicatriz reblandecida dejó despues una línea blanquizca y opaca á su nivel; la iritis determinó la atresia de la pupila. Se hizo la iridectomía, con lo que el enfermo recobró el uso de su vista.

